ESSAI

N° 259.

SUR

LA PHLÉBITE AIGUË

SURVENANT

A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE LA SAIGNÉE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

Par Jean-Gabriel-Isidore OLIVIER, de Paulhaguet,

Département de la Haute-Loire;

Bachelier ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.* / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle, *Suppléant.*	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cottereau.	Rochoux, *Examinateur.*
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT PÈRE

ET

A MA TENDRE MÈRE.

Témoignage de mon amitié sans bornes.

A MES GRAND'MÈRES OLIVIER ET TRAVADE.

Hommage sincère de respect, d'amour et d'attachement.

A LA MÉMOIRE

DE MON ONCLE OLIVIER,

Docteur en médecine.

J.-G.-I. OLIVIER.

ESSAI

SUR

LA PHLÉBITE AIGUË

SURVENANT

A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE LA SAIGNÉE.

Parmi les conquêtes récentes qu'a faites dans le domaine de la pathologie l'esprit investigateur et positif de notre époque, la phlébite occupe un rang distingué. Peu connue des anciens, qu'un pieux mais funeste préjugé rendait à peu près étrangers aux altérations des organes, elle a dû fréquemment, à raison de ses symptômes graves et variés, être confondue avec d'autres affections sous le nom de *fièvre putride* et *maligne*. Enfin le flambeau de l'anatomie pathologique est venu porter la lumière au milieu des ténèbres de la médecine humorale, et, grâce à lui, l'histoire de la phlébite est une œuvre contemporaine.

J. Hunter paraît être un des premiers qui l'aient observée. Ayant ouvert des cadavres de chevaux morts après l'ouverture de la veine jugulaire, il trouva, dans l'intérieur du vaisseau, une inflammation

très-bien dessinée qui s'était propagée dans la poitrine et même jusqu'au cœur : il fit les mêmes remarques sur l'homme. Depuis, des travaux importans et nombreux ont été publiés sur cette matière, et quoiqu'il reste sans doute beaucoup à faire pour compléter l'histoire de la phlébite, cependant la masse des faits connus qui s'y rattachent est déjà trop considérable pour que sa description générale ne soit pas en disproportion avec les bornes ordinaires d'une dissertation inaugurale. Dans l'obligation de ne traiter qu'une partie d'un sujet aussi vaste, j'ai dû choisir la plus simple, la plus facile à étudier, celle qui s'était offerte le plus souvent à mon observation : or, dans la phébite qui est la suite de l'opération de la saignée, la maladie est, pour ainsi dire, dans son plus grand état de simplicité; elle occupe les membres, elle en affecte les veines superficielles. Sa cause est évidente, locale; l'inflammation, d'abord circonscrite, se révèle aux sens par des phénomènes saillans. On assiste à son début, on peut en suivre pas à pas les progrès jusqu'à ce qu'elle envahisse le tronc et devienne générale; on peut en même temps étudier l'effet des remèdes dirigés contre elle.

De tous les accidens qui peuvent compliquer une opération en général innocente, l'un des plus fréquens et surtout des plus redoutables est sans contredit l'inflammation de la veine. Quelque étonnante que puisse paraître l'ignorance des anciens au sujet d'une maladie externe et dont les caractères sont si tranchés, il n'est pas moins certain que les accidens qui en dépendent étaient mis sur le compte des vaisseaux lymphatiques et des nerfs, ou même des tendons et des aponévroses, auxquels ils attribuaient une sensibilité qu'ils n'ont pas.

Causes de la phlébite.

Les causes de la phlébite suite de saignée doivent se diviser en *locales* et *générales :* les premières agissent à l'endroit même de la piqûre; telles sont, un instrument peu acéré ou malpropre, son introduction répétée quand on a fait une saignée blanche, l'emploi d'une lancette qui a servi à inoculer la variole ou la vaccine, à ouvrir un

abcès, à simuler la phlébotomie sur le cadavre, ou dont la pointe se casse et reste dans la plaie; l'introduction réitérée d'un stylet pour rétablir le cours du sang suspendu par la présence de quelque flocon de graisse, la présence dans l'ouverture d'un semblable flocon qui s'oppose à la réunion immédiate du vaisseau, et qui peut ainsi s'engager dans la veine et entraîner la suppuration, ou les tentatives qu'on fait pour le réduire; les emplâtres appliqués sur la plaie pour en déterminer la cicatrisation, l'habitude de placer du suif ou tout autre corps gras entre les lèvres de la plaie, ou de ne pas réunir immédiatement, afin de pouvoir, le même jour ou le lendemain, tirer du sang par la même ouverture; enfin les mouvemens inconsidérés du bras après cette opération.

M. *Breschet* attribue la grande fréquence des inflammations des veines du bras à la suite de la saignée à ce que beaucoup de personnes se servent indistinctement de leurs lancettes pour vacciner et pour saigner. Le mode opératoire employé dans la médecine vétérinaire pour pratiquer la saignée doit aussi favoriser le développement de la phlébite; la plaie est souvent contuse, et en réunissant les bords de la division faite à la veine avec une aiguille et du fil, on laisse dans le tissu de celle-ci une cause puissante d'irritation; aussi plusieurs médecins vétérinaires avaient-ils reconnu l'inflammation des veines et la formation du pus et de fausses membranes dans ces vaisseaux, à la suite de la phlébotomie, avant que ces mêmes altérations eussent été signalées chez l'homme.

Quand un malade saigné depuis quelques heures a besoin de l'être de nouveau, quelques personnes, pour ne point faire une nouvelle piqûre, essaient d'obtenir du sang en appliquant une ligature au-dessus du coude, et en frappant un coup brusque et sec sur la veine gonflée par les contractions musculaires et les frictions exercées de bas en haut. Le sang peut en effet, dans ce cas, déchirer la cicatrice encore molle de la veine, et jaillir; mais cette déchirure n'est pas toujours sans danger. J'ai vu une tentative de ce genre qui ne fut pas couronnée d'un succès complet, suivie d'une phlébite intense, qui heureu-

sement n'entraîna pas la mort du sujet, quoiqu'elle eût déjà déterminé le gonflement érysipélateux des tégumens du bras et du côté correspondant de la poitrine.

On conçoit que la saignée pratiquée au milieu des tissus enflammés ou chez un sujet déjà affecté de phlébite pourra avoir les mêmes résultats. Ce dernier cas s'est présenté à mon observation; cependant il est digne de remarque que la phlegmasie ne se développa point au niveau de la nouvelle piqûre, mais plus haut.

J'ai dit que des lancettes malpropres ou qui ont servi sur des cadavres peuvent donner lieu à la phlébite; il doit en être ainsi, puisqu'on la voit succéder aux piqûres faites avec des scalpels, avec une épingle chargée du pus d'un exutoire, puisque des garçons d'amphithéâtre en ont été atteints pour avoir plongé leurs mains gercées dans l'eau des macérations.

Dans plusieurs observations que j'ai recueillies, les saignées avaient été faites transversalement. Cette circonstance agirait-elle en s'opposant à la cicatrisation de la plaie? Si l'on doit en croire des rapports indirects, deux d'entre elles auraient aussi été faites avec une lancette dont on s'était servi sur le cadavre.

Causes générales.

Mais dans la plupart des cas où la phlébite se développe, on ne peut pas lui assigner une cause locale. Le plus souvent, la saignée a été pratiquée habilement et selon toutes les règles; on est donc forcé d'admettre des causes générales qui échappent à l'analyse. On voit, en effet, quelquefois la phlébite régner pour ainsi dire épidémiquement à la suite de la saignée: dans tous les hôpitaux, on a pu faire cette remarque. M. *Amblard* dit dans sa thèse avoir vu, au mois d'août 1822, dans le service de M. *Lisfranc*, à la Pitié, la piqûre des veines s'enflammer chez presque tous les malades qui étaient saignés. Pendant 1825 et les grandes chaleurs de 1826, elle a été observée un grand nombre de fois dans les divers hôpitaux de Paris. M. *Dance*

rapporte qu'en 1828 il survint dans les hôpitaux un grand nombre de phlébites du bras; qu'on en vit plusieurs très-graves attaquant certains individus de préférence à d'autres, quoique tout fût égal d'ailleurs, tandis que l'année précédente on n'avait observé la phlébite qu'isolément et de loin en loin. Dans les premiers mois de la même année 1828, presque toutes les saignées suppurèrent à l'hôpital Necker; cependant il n'y en eut qu'une grave, et encore le malade guérit-il. En 1830, dans les mois d'avril et de mai, on vit aussi plusieurs phlébites à l'Hôtel-Dieu et dans d'autres hôpitaux. Des remarques semblables ont été faites à diverses époques par des praticiens recommandables; et ces remarques, ainsi généralisées, porteraient à reconnaître, dans certains cas, l'action réelle d'une cause aggravante extérieure à l'individu, ou particulière à son idiosyncrasie.

L'âge, le sexe, le tempérament ne paraissent pas influer sur le développement de la phlébite. Cependant il me semble qu'on l'a observée plus souvent chez l'homme. Je n'en connais point d'exemple chez les enfans, mais c'est probablement parce que leurs saignées sont rares, et se cicatrisent plus facilement et plus promptement.

Certaines constitutions atmosphériques, si elles ne peuvent seules donner naissance à la phlébite, peuvent au moins en favoriser le développement. J'ai déjà dit qu'on l'avait vue se multiplier à certaines époques, dans certaines saisons, mais sans qu'on ait pu rattacher cette fréquence à des conditions atmosphériques constantes.

Cette phlegmasie paraît être plus fréquente dans les hôpitaux qu'en ville. Cette particularité pourrait-elle être expliquée par les causes qui aggravent toutes les maladies ou favorisent leur invasion dans cet asile du malheur, au sein de cette atmosphère viciée?

M. *Fizeau* a publié dans la Bibliothèque médicale une observation qui prouve de quelle influence sur le développement de la phlébite peuvent être les divers états pathologiques. Il paraît, en effet, que la phlébite du bras se déclare plus facilement chez les femmes grosses ou accouchées, et surtout chez celles qui sont affectées de métrite, peut-être parce que chez elles le système veineux utérin est déjà irrité,

quelquefois même plein de pus, et qu'alors tout le système à sang noir, excité sympathiquement, est très-disposé à s'enflammer. On sait d'ailleurs que chez les femmes en couches les phlegmasies, même légères, ont une grande tendance à se terminer promptement par suppuration, de même qu'à la suite de la variole. On dirait, en effet, qu'il y a dans ces cas une sorte de diathèse purulente. C'est alors qu'on voit se former des abcès aux membres, des épanchemens purulens se faire dans les articulations presque sans symptômes d'inflammation.

La manière d'agir des vices et des virus sur les vaisseaux n'est pas assez bien constatée pour qu'on puisse en tirer quelque induction relative à l'étiologie de la phlébite.

La phlébite à la suite de la saignée s'observe incomparablement plus souvent au bras qu'ailleurs. Cela s'explique suffisamment par la rareté relative des saignées du pied et du cou. Du reste, l'inflammation de la jugulaire a été fréquemment observée sur les animaux chez lesquels on ouvre cette veine.

Les symptômes de la phlegmasie des veines sont : un picotement qui se fait d'abord sentir à l'endroit de la saignée quelques heures après l'opération; peu à peu la douleur augmente et s'étend; les bords de la piqûre rougissent, se gonflent, s'écartent l'un de l'autre, et laissent sortir du sang altéré et du pus. Les parties voisines se tuméfient aussi, rougissent et se durcissent. Assez souvent la maladie reste ainsi circonscrite, et après sept à huit jours, l'inflammation diminue et la suppuration s'arrête; mais d'autres fois la phlegmasie, au lieu de se résoudre, se propage dès le deuxième ou le troisième jour le long du vaisseau dans une plus ou moins grande étendue, et, en général, dans la direction du cours du sang. Cette extension de la maladie s'annonce par une douleur très-vive qu'augmentent la moindre pression et le plus léger mouvement des membres. Une bande rougeâtre partant de la piqûre indique à l'œil le trajet de la veine enflammée. Quelquefois ce caractère manque, mais on suit dans la direction de la veine une sorte de corde noueuse et dure. Il arrive

souvent que la phlegmasie s'étend à la gaîne celluleuse et au tissu cellulaire voisin. On ne sent alors que de la dureté, de la résistance, le cylindre veineux n'étant plus distinct au milieu de cet engorgement; enfin, tout le membre peut se tuméfier, rougir tant à cause de l'extension de la phlogose au tissu cellulaire ambiant, que des obstacles apportés à la circulation dans le tronc de la veine enflammée. La rougeur s'étend parfois jusqu'à l'aisselle, et même jusqu'au côté correspondant de la poitrine; il y a en même temps un appareil fébrile en rapport avec l'intensité et l'étendue de l'inflammation. Le gonflement et la rougeur se propagent rarement au-dessous de la piqûre, ou du moins ne font pas de grands progrès dans ce sens; enfin, en pressant de haut en bas sur le trajet de la veine, on fait sortir par la petite plaie du pus, de la sanie, quelquefois en assez grande quantité. Quand la maladie est parvenue à ce point, les symptômes généraux existent déjà. Ils sont très-graves et très-variés, se déclarent souvent deux ou trois jours après la saignée, sans que les phénomènes locaux puissent expliquer ce changement survenu dans l'état du malade. Ils annoncent que l'inflammation a envahi les organes intérieurs, ou du moins que le pus a pénétré dans le torrent circulatoire. Le malade éprouve d'abord des frissons violens et répétés, un sentiment extrême de faiblesse, une altération profonde des traits, un délire vague, surtout la nuit; des douleurs, que rien ne motive en apparence, dans la poitrine, l'abdomen, une articulation et les membres. Souvent il est étranger à tout ce qui l'entoure, n'accuse aucune douleur, et même dit n'en point ressentir quand on l'interroge. Cependant la langue rougit, se dessèche; la respiration s'embarrasse, s'accélère; des sueurs abondantes couvrent la peau, et un ictère peut survenir; le pouls est fréquent, ordinairement dépressible; enfin tous les symptômes d'une fièvre grave se manifestent. Ces phénomènes ne sont pas toujours réunis chez un seul individu, et ne se présentent pas d'ailleurs exactement de la même manière dans tous les cas.

La marche de cette maladie est aiguë. Sa durée est variable. Dans les cas graves, elle parcourt, en général, ses périodes avec rapidité, et

peut entraîner la mort du sujet en huit ou dix jours. Quand elle se termine par le retour à la santé, elle dure plus long-temps, et peut alors se prolonger jusqu'au trentième et quarantième jour.

Terminaison.

L'inflammation des veines, à l'exemple de beaucoup d'autres phlegmasies, est susceptible d'offrir divers modes de terminaison : 1°. *la résolution.* On l'obtient lorsque l'inflammation s'est bornée à une très-petite étendue de la veine, et que les soins ont été administrés dès le début de la maladie. 2°. *L'inflammation adhésive.* Lorsque la phlegmasie a été légère et l'irritation locale, qu'on a employé une compression constante et douce sur la petite plaie, on peut obtenir que les parois de la veine se réunissent ; cette réunion a lieu, comme dans les solutions de continuité du tissu cellulaire, au bout de dix-huit à trente-six heures. « Mais il ne faut pas confondre cette cicatrisation avec celle de la membrane interne des veines, qui se fait bien plus long-temps attendre. » (*Breschet* et *Villermé,* Dictionn. des Sciences médicales.) Il se produit dans ce dernier cas un épanchement de lymphe qui se transforme bientôt en une sorte de fausse membrane, et c'est cette membrane qui réunit les parois opposées du vaisseau, après avoir rempli sa cavité et arrêté le cours du sang. 3°. *La suppuration.* C'est une des terminaisons que l'on rencontre le plus fréquemment ; elle a la plus grande tendance à se propager de plus en plus sur les surfaces affectées, et c'est sans doute au pus mêlé avec le sang et circulant avec lui qu'il faut attribuer sa marche vers le cœur plutôt que vers les rameaux. C'est dans ces circonstances que les phénomènes généraux de réaction prennent de l'intensité, et que le danger pour le malade devient des plus graves. Si l'inflammation diminue, le pus, d'ichoreux et séreux qu'il était, se change en matière albumineuse, et l'adhérence secondaire ou l'oblitération du vaisseau en sont la conséquence. *Bartholin* (cent. 1, histoire 17) et plusieurs autres citent des cas dans lesquels, après avoir fait une saignée, il s'écoula

par la petite plaie pratiquée à la veine une matière comme purulente et semblable à du lait, sans qu'on ait pu rien découvrir qui annonçât l'altération de ces vaisseaux. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un cas où, à l'autopsie d'un sujet mort dans la salle Saint-Bernard, on trouva entre les parois des veines de l'avant-bras et du bras, jusqu'à la veine sous-clavière, une grande quantité de pus, leur capacité n'en contenant aucune trace. 4°. *L'ulcération.* Elle survient assez rarement dans la phlébite; cependant M. *Portal* rapporte un cas d'ulcération dans la veine-cave supérieure. En général, l'oblitération de la veine précède son ulcération, et s'oppose ainsi à l'hémorrhagie. 5°. *La gangrène.* On l'observe rarement, pour ne pas dire jamais, quand la phlegmasie est bornée à ces seuls vaisseaux, les artères et les veines résistant fort long-temps aux effets destructeurs de la gangrène, qui ronge en les respectant les tissus au milieu desquels elles se trouvent. Cependant elles ne sont pas alors dans leur état normal; elles se couvrent de bourgeons celluleux et vasculaires, et finissent par s'oblitérer; quelquefois enfin la portion de la veine dépouillée de tissu cellulaire ambiant se sépare par la force de ce travail, que M. *Dupuytren* a nommé *inflammation éliminatoire.* Si dans ce dernier cas il n'y a pas d'hémorrhagie, cela est dû à une plus ou moins grande quantité de matière albumineuse, qui se concrète et bouche ainsi leur canal. 6°. Enfin M. *Breschet* range parmi les terminaisons de la phlébite *l'ossification* des parois de la veine, ou la formation de noyaux osseux dans leur intérieur. Je n'ai jamais eu occasion de voir rien de semblable: cette terminaison ne peut d'ailleurs appartenir qu'à la phlegmasie chronique de ces vaisseaux.

Si le diagnostic de la phlébite interne peut offrir des difficultés insurmontables, celui de la phlébite qui succède à la saignée est au contraire presque toujours facile à établir : le gonflement, la suppuration des lèvres de la plaie, la rougeur et l'engorgement qui remontent dans la direction du vaisseau, le pus qu'on fait sortir par la pression exercée de haut en bas, ne permettent pas de méconnaître la maladie. Je dois dire cependant qu'elle passe souvent inaperçue à son

début, et que l'attention du médecin n'est appelée sur elle que quand elle a déjà envahi une grande étendue de la veine, et que le pus circule mêlé au sang qu'il altère.

En effet, un malade qui est atteint de phlébite au bras était déjà le plus souvent sous le poids d'une affection grave, quelquefois dans l'abattement, la prostration. D'autres malades, moins gravement atteints, n'accusent aucune douleur au bras, soit par timidité, soit parce que la douleur qu'ils éprouvent leur semble une suite naturelle de la saignée, ou un accident trop léger pour en entretenir le médecin. Aussi, si un ou deux jours après une saignée un malade accuse quelque douleur au bras, s'il se fait un grand changement dans son état, s'il éprouve des frissons, il ne faut jamais manquer d'examiner la piqûre.

Quand un malade était déjà atteint d'une affection grave, il peut être difficile de distinguer parfaitement les phénomènes *généraux* qui dépendent de la phlébite de ceux qui appartiennent à la maladie pour laquelle la saignée a été faite.

Il importe de ne pas confondre la phlébite avec les autres accidens qui peuvent survenir à la suite de la phlébotomie. Ces accidens sont nombreux. Il n'entre pas dans mon sujet de les examiner dans tous leurs détails; je me bornerai à indiquer les caractères principaux qui servent à les distinguer. Si l'*artérite* pouvait survenir à la suite d'une saignée du bras, la lésion de l'artère aurait été reconnue; d'ailleurs les phénomènes inflammatoires se propageraient à l'avant-bras au lieu de remonter vers le cœur; enfin le vaisseau formerait une corde dure et tendue, mais sans nodosités, sans renflemens. La lésion d'un nerf ou d'un filet nerveux se marque par une douleur vive, instantanée, qui s'étend aux rameaux du nerf et en dessine la distribution anatomique. Très-vive dès le principe, cette douleur, qui a la rapidité d'une commotion électrique, parfois intermittente, se communique à tous les filets du nerf intéressé, et peut même causer du côté de l'encéphale des désordres nombreux, sans que l'état de la plaie paraisse participer à leur gravité; mais, en général, elle diminue bientôt d'in-

tensité. L'inflammation des vaisseaux lymphatiques présente bien quelques caractères extérieurs analogues à ceux de la phlébite ; elle remonte aussi vers le cœur ; mais au lieu d'un cordon noueux placé sur le trajet de la veine, on observe plusieurs lignes rouges qui se rapprochent, s'écartent, s'anastomosent et suivent enfin la direction connue des vaisseaux lymphatiques ; l'engorgement du membre est plus prompt ; les ganglions se tuméfient. La piqûre des tendons, des aponévroses et du périoste est rarement suivie d'accidens primitifs. Si des douleurs rhumatismales ou névralgiques se développaient un ou deux jours après une saignée dont les bords seraient enflammés et en suppuration, un médecin inattentif pourrait facilement être induit en erreur. On reconnaîtra leur nature à leur caractère d'intermittence, à leur mobilité, tandis que le type de la phlébite est continu ; la méprise ne saurait d'ailleurs être de longue durée. Il est inutile d'ajouter que la phlegmasie des veines peut s'accompagner d'une ou plusieurs des maladies dont je viens de tracer les principaux caractères.

Le prognostic est beaucoup moins grave que lorsque la phlébite est profonde ; mais le degré de gravité dépend surtout de l'époque où l'on est appelé à traiter la maladie. Au début, il est souvent facile d'en arrêter les progrès ; elle est encore bornée et susceptible de résolution ; mais une fois que l'inflammation s'est étendue, du moment surtout que du pus s'est formé et altère le sang, la maladie est une de celles qui sont le plus sûrement et le plus promptement mortelles.

Caractères anatomiques.

Les caractères anatomico-pathologiques de cette maladie varient suivant sa durée, son intensité, et la part qu'y ont prise les divers organes. Souvent la peau, le tissu cellulaire ambiant sont enflammés dans une étendue plus ou moins grande, quelquefois suppurés, gangrenés, remplis d'un liquide brun, sanieux. Quant à ces vaisseaux

eux-mêmes, ils peuvent présenter, 1°. *de la rougeur.* Ainsi, selon que la phlegmasie a été légère ou intense, rapide ou d'une certaine durée, la rougeur est inégale et peu foncée, brunâtre ou noirâtre. Dans le premier cas, elle n'occupera que la membrane interne; dans le deuxième, toute l'épaisseur du vaisseau; mais je crois avec M. *Andral* que l'on peut établir en principe que, dans les veines encore plus que dans les artères, la seule existence de la rougeur ne peut être donnée comme preuve de l'état morbide de ces vaisseaux, car elle n'est le plus souvent qu'un phénomène cadavérique. 2° Un autre caractère bien plus tranché est leur épaississement qui, lorsqu'il s'est étendu à toutes les parois de la veine, acquiert assez de consistance pour qu'en la divisant transversalement elle reste béante absolument comme le ferait une artère; d'autres fois elles présentent un état opposé et sont molles, friables et comme lardacées. 3°. Parfois on voit sur la surface interne de la veine une couche membraniforme, friable, s'écrasant sous les doigts; elle peut être adhérente à la veine et présenter des apparences d'organisation. On trouve enfin de la matière consistante, humide, caséiforme; enfin, presque toujours du pus. Ce pus peut aussi être contenu entre la tunique interne et cette portion de tissu cellulaire qui constitue, pour ainsi dire, une troisième membrane, et former là plusieurs petits foyers purulens. Il peut encore s'établir une adhérence entre tous les points de la surface interne des vaisseaux, de telle sorte qu'ils se trouvent réduits en des ligamens rougeâtres, sans cavité centrale. (*Boisseau,* Nosographie organique.) Quand la maladie, devenue générale, s'est terminée par la mort, on trouve des altérations qui contrastent par leur nombre et leur profondeur avec la rapidité de leur développement : des abcès dans un ou plusieurs organes, une forte injection des méninges et de la pie-mère, des rougeurs et des ramollissemens dans la membrane muqueuse gastro-intestinale. Dans quelques cas le sang a offert une certaine liquidité, et a paru mélangé avec des globules purulens. Ce sont les mêmes altérations que dans la phlébite profonde, et on con-

çoit qu'il doit en être ainsi ; la plus fréquente de ces lésions est la formation de noyaux purulens dans le parenchyme des poumons. Dans certains cas ils ne se développent que dans le poumon correspondant au côté du corps où existe l'inflammation veineuse. Leur nombre est très-variable ; ils occupent plus souvent la base, et la superficie plutôt que le centre. On les aperçoit souvent à travers la plèvre, qu'ils soulèvent légèrement. M. *Dance* décrit ainsi leur mode de développement : du sang extravasé ou du pus contenu dans des veines capillaires paraissent être le premier élément de leur formation. Bientôt succède une petite ecchymose d'un noir foncé, qui sert de base à un engorgement dur, arrondi et noirâtre, lequel s'infiltre de pus et se convertit en très-peu de temps en un véritable abcès qui se ramollit du centre à la circonférence, étant ordinairement couronné par un tissu entièrement sain. Ainsi trois degrés : 1°. Infiltration sanguine, au milieu de laquelle on rencontre une ou plusieurs veinules pleines de pus ; 2°. formation d'un noyau dur, noirâtre, puis blanchâtre ; 3°. enfin ramollissement et conversion en foyer purulent. On trouve dans le foie des foyers semblables à ceux des poumons ; et si ces organes en sont plus fréquemment le siége, c'est qu'ils sont deux centres de la circulation veineuse. Ces abcès sont-ils le résultat d'une simple métastase purulente? et dépendent-ils de ce que le pus, transporté isolément à travers les vaisseaux sanguins et le cœur, est déposé passivement dans les organes ? ou bien sont-ils idiopathiques et consécutifs à l'inflammation propagée des veines au parenchyme des viscères? Il semble qu'on explique mieux les symptômes généraux et le trouble de la plupart des fonctions, en admettant que le sang, altéré par son mélange avec le pus, devient un agent de perturbation générale et d'irritation locale dont les effets sont de déterminer des phénomènes généraux extrêmement graves auxquels succèdent des inflammations promptement purifères.

TRAITEMENT.

Le traitement prophylactique de la phlébite consiste dans l'observation exacte des règles prescrites pour l'opération de la phlébotomie, opération qui, quoique ordinairement facile, demande cependant plus d'attention qu'on ne lui en accorde généralement. En les ayant toujours bien présentes à l'esprit, on éloignera les causes susceptibles d'en provoquer le développement, et qui ont été exposées ailleurs. Sans doute la phlébite pourra se déclarer encore, mais au moins le médecin aura le témoignage de sa conscience. Si une piqûre avait été faite avec un instrument imprégné d'un virus quelconque, ou d'un principe délétère, tel que des substances putréfiées ou du pus, il faudrait faire saigner long-temps la plaie en appliquant une ventouse, l'agrandir même, s'il était nécessaire, et cautériser avec le muriate d'antimoine, le nitrate acide de mercure ou la pierre infernale. Après la saignée de la saphène, des marches intempestives et forcées, les pédiluves irritans, peu de temps après l'opération, devront être proscrits.

Dès l'instant où la phlébite s'est déclarée, et avant même que les symptômes généraux se soient manifestés, on doit s'empresser de la combattre. Ainsi, si elle est encore locale, on peut la faire cesser dès son début par des lotions, des fomentations froides, l'application de la glace pilée et le repos le plus absolu de la partie affectée. *Hunter* a conseillé, dans ce cas, de faire la compression sur un point de la veine seulement, au-dessus de la piqûre, c'est-à-dire entre la petite plaie et le cœur, espérant par là obtenir une inflammation adhésive de la membrane interne, adhésion qui s'opposerait à la translation du pus dans les organes importans à la vie. Ce procédé, qui a réussi à *Hunter*,

est rejeté par *Benj. Travers ;* et MM. *Breschet* et *Villermé* le regardent comme une faible ressource, puisqu'ils donnent la préférence à la section de la veine au-dessus du point enflammé. Mais la phlegmasie prend-elle du développement, et la phlébite se propage-t-elle le long des vaisseaux, alors il faut avoir recours sans retard aux saignées générales et locales, aux bains émolliens généraux et locaux, aux boissons adoucissantes. M. *Lisfranc* emploie, avec le plus grand succès, les sangsues au nombre de trente à quarante, non sur l'endroit enflammé, mais au-dessus et à une certaine distance. Si la maladie se déplace pour sévir sur une veine d'un plus gros calibre, il faut la poursuivre à outrance par de nouvelles applications de sangsues. On emploiera en même temps les cataplasmes émolliens rendus sédatifs ou narcotiques, suivant la violence de la douleur, avec une dissolution d'acétate de plomb, l'opium ou ses préparations, telles que le laudanum liquide de *Sydenham*. M. *Velpeau* est revenu ces dernières années à l'emploi de la compression, non comme le faisait *Hunter*, mais à l'aide d'un bandage compressif s'étendant depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'épaule. A l'aide de ce bandage, qui doit être appliqué avec toute l'exactitude possible, M. *Velpeau* a obtenu la guérison de phlébites qui avaient résisté à tous les moyens que nous venons d'indiquer. Cependant, si, malgré l'emploi bien dirigé des divers traitemens dont je viens de parler, la maladie ne diminuait pas, mais, au contraire, continuait de faire des progrès ; si l'encéphale, le cœur, ou le poumon devenaient le siége d'une nouvelle phlegmasie, et que l'état du malade ne permît pas de recourir à de nouvelles émissions sanguines, je crois que le moment serait arrivé d'administrer, comme le conseille M. *Récamier*, les mercuriaux soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. On pourrait encore donner le tartre stibié à haute dose, comme le faisait, à l'hospice de la Charité, M. *Laennec*. Ces deux moyens comptent du succès dans des cas où tous ceux connus sous le nom d'*antiphlogistiques* avaient échoué. Il devient quelquefois impossible de s'opposer à la formation d'un ou de plusieurs abcès sur le

trajet de la veine et dans le tissu cellulaire environnant. Lorsque la fluctuation est manifeste, on donne issue au pus par des incisions convenablement dirigées et assez tôt pour qu'il ne fuse pas le long des tendons et des vaisseaux dans les cavités. Il y a une époque de la phlébite, ai-je dit, où l'inflammation n'est point bornée au système veineux, mais s'est propagée aux viscères. Il faudra recourir alors aux moyens propres à combattre ces nouvelles phlegmasies. Malheureusement ces moyens échoueront dans la plupart des cas, car ces maladies sont loin d'être franches ; le pus infecte le sang, et en fait un instrument de désorganisation et de mort.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ad exetremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Lassitudines sponte abortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

In acutum autem morbum venam secatis, si vehementer morbus appareat, et qui ægrotant in vigore ætatis fuerint, et virium robur ipsis adfuerit. *Lib. de Rat. vict. in acutis.*

SENTENTIÆ QUÆDAM BAGLIVII.

I.

Cum pulsu parvo et frequenti moriuntur in acutis quàm plurimis. *Praxeos medicæ*, lib. 1.

II.

In magnis malis semper faciem inspice : si bona fuerit et naturalis, semper benè spera ; si mala, malum. *Ibid.*